Aus dem zahnärztlichen Institut der Universität zu Breslau.
(Direktor: Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Partsch.)

Fibrome des Zahnfleisches

Auszug

aus einer Schrift zur Erlangung der Würde eines Doktor
der Zahnheilkunde bei der medizinischen Fakultät
der Schlesischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Breslau.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Vorgelegt von

Zahnarzt Martin Dörner
in Breslau.

Gedruckt
mit Genehmigung der med. Fakultät der Universität Breslau.
Referent: Professor Dr. Partsch

1923.

Fibrome gehören in die Gruppe der Bindegewebstumoren und stellen den reinsten und prägnantesten Typ dieser Mesodermgeschwulste dar. Da Bindegewebe überall am Körper zu finden ist, sind auch die Fibrome ubiquitär. Seit alter Zeit werden die auf dem Zahnfleisch vorkommenden Fasergeschwülste als Epuliden bezeichnet, eine Benennung, die nur die Lokalisation der Tumoren nicht aber ihren histologischen Bau und ihre klinischen Erscheinungen berücksichtigt. Epulis kann also nur als ein Collectivbegriff bezeichnet werden. So verschiedenartig die Epuliden sein können in Bezug auf ihren histologischen Bau und ihre klinischen Erscheinungen, so stehen sie doch alle in den meisten Fällen unter dem Zeichen der Gutartigkeit; langsames, nicht zerstörendes, schmerzloses Wachstum, keine Neigung zur Metastasenbildung, dagegen sehr zur Rezidivierung. Eine Ausnahme davon macht nur das Sarkom, dessen weiche zellenreiche Formen, besonders die melanotischen, die gefährlichsten sind, während die Riesenzellensarkome im allgemeinen gutartigerer Natur sind. Im Gegensatz zum Karcinom ulcerieren die Epuliden selten, geschwürige Stellen entstehen nur durch äußere Insulte z. B. den Kaudruck.

Eine sorgfältige Diagnose ist nur mit dem Mikroskop zu stellen. Mikroskopische Beobachtungen, wie Wachstumsgeschwindigkeit, Consistenz, Farbe, Form der Tumoren und Beschaffenheit der benachbarten Lymphknoten können nur so schwach ausgeprägt sein, teilweise auch ganz fehlen, sodaß sie für eine genaue Diagnose und Prognose nicht ausreichen. Dafür finden wir ein genaueres Hilfsmittel im Mikroskop. Fibrome zeigen im mikroskopischen Bilde eine netzartige Anordnung der Bindegewebsfasern (und) elastischen Fibrillen und Blutgefäßen. In dieses Stützgerüst sind die Bindegewebszellen von meist spindliger Form eingelagert. Die Zellen sind an Zahl geringer als die Bindegewebsfibrellen. Man unterscheidet harte und weiche Fibrome je nach der Menge und Anordnung der Bindegewebsfasern. Die Rolle des Stützgerüstes der Sarkome übernehmen die Blutgefäße, deren Richtung die Zellen folgen. Nach Schneider geben fibrose Epuliden beim kochen Leim, während sarkomatose Eiweiß enthalten, erstere wegen der Menge des kollagenen Bindegewebes, letztere wegen der vielen protoplasmareichen Zellen. Trotz all dieser Merkmale ist die Unterscheidung in jedem einzelnen Falle grade bei Fibrom und Fibrosarkom nicht leicht, da sehr oft Uebergänge vorkommen. Nach Birch-Hirschfeld ist die verwandschaftliche Beziehung zwischen Fibrom und Sarkom so groß, daß die Grenze nicht immer scharf zu ziehen sei.

Ihren Ausgang nehmen die Zahnfleischfibrome in den meisten Fällen vom Periost der Alveolarfortsätze, vom Periodontium oder von den tiefer liegenden Schichten des Zahnfleisches. Nach Salter und Trumann entstehen Zahnfleischfibrome nur an von Zähnen oder deren Wurzelresten besetzten Kiefern, welcher Meinung sich auch Herbst anschloß; doch habe ich durch einige Fälle aus dem Breslauer zahnärztlichen Institut nachgewiesen, daß Zahnfleischfibrome auch unabhängig von Zähnen d. h. an völlig zahnlosen Kiefern auftreten können. Ihrer äußeren Form nach sind diese Tumoren sehr verschieden und schwanken zwischen Hanfkorn und Wallnußgröße, indem sie entweder breitbasig oder gestielt oder als lappige Fibrome den Kiefern aufsitzen. Vielfach beobachtet man in den Zahnfleischfibromen periostalen oder enostalen Ursprungs Verkalkungen oder Verknöcherungen. Ob diese Erscheinungen ihren Grund in einer dem Tumor eigenen Veranlagung haben oder durch abgesonderte Osteoblasten hervorgerufen werden, ist noch nicht entschieden.

Die Aetiologie der Zahnfleischfibrome wie der Tumoren überhaupt ist eine noch ungelöste Frage. In vielen Fällen hat man mechanische und traumatische Reize, wie sie z. B. durch Zahnersatz, abgestockte Wurzeln, überstehende Füllungen, scharfe Knochenkanten und durch grade bei den symmetrischen Fibromen durchbrechende Weisheitszähne das Zahnfleisch treffen, verantwortlich gemacht. Aber es gibt sicherlich mehr Fälle, in denen durch diese eben genannten Momente mehr entzündliche Zustände als Tumorbildungen hervorgerufen werden. Es müssen da also bei der Proliferation noch andere Faktoren am Werke sein, die wahrscheinlich in Entwicklungsstörungen der Bindegewebszellen zu suchen sind, es muß also eine Praedisposition der zelligen Elemente zur Tumorbildung vorhanden sein. Man kann daher für die Fibrombildung eine primäre und eine sekundäre Ursache in Betracht ziehen. Marshall äußert sich hierüber folgendermaßen: „Fibrome haben ihren Ursprung in einer Matrize von kongenitalen Fibroblasten, welche während der embryonalen Entwicklung aus irgend einem Grunde eine Hemmung in dem Differenzierungsprozess erfahren haben und in mehr oder weniger embryonalen Zustand verblieben sind." Hierin besteht das Primäre, das Sekundäre liegt in den oben genannten mechanischen Reizen, welche die bis dahin ruhenden Zellen zur Proliferation anregen. Dazu sagt Senn, je gereifter und entwickelter die Zellen waren, als die Hemmung eintrat, desto mehr besteht die Möglichkeit, daß sich aus ihnen ein gutartiger Tumor entwickelt, während aus unentwickelteren, unreiferen Zellen eher ein bösartiger Tumor entsteht. Die Zahnfleischfibrome stimmen als gutartige Geschwülste in ihrer Struktur mit der des normalen Bindegewebes, ihrem Ausgangsgewebe, überein, während Sarkome als bösartige Tumoren, wenigstens sind sie es im Vergleich zu den Fibromen, in ihrem Bau besonders durch die Zellanhäufung und die Form der Zellen von dem des Mutterbodens abweichen.

Für die Therapie kommt nur die Operation in Frage. Und zwar muß dieselbe gründlich und radikal ausgeführt werden, um die Möglichkeit einer Recidivbildung hintanzuhalten, die gerade bei den Fibromen, als den gutartigsten der Epuliden ziemlich ausgesprochen ist. Die Prognose ist in den weitaus meisten Fällen bei den Zahnfleischfibromen als günstig zu stellen. Wenn Recidive eintreten, so kann einerseits die Operation nicht gründlich genug gewesen sein oder es lag kein reiner Fibrom, vielleicht eher ein Fibrosarkom vor. Eine besondere Disposition für diese Zahnfleischtumoren scheint die Gravidität zu bilden, indem schon bestehende Epuliden ein rascheres Wachstum zeigen oder nach erfolgter Operation größere Neigung zur Recidivbildung entfalten können. Die Frage, ob bie Graviden Operationen im Munde ausgführt werden sollen, wird von verschiedenen Autoren verschieden beantwortet. Rosenstein empfiehlt eine exspectative Behandlung, „da immer mit einer spontanen Rückbildung zu rechnen ist." Da diese aber nicht immer eintritt, der Tumor aber infolge seines raschen Wachstumes während der Gravidität größere Dimensionen annehmen kann, spricht sich Partsch für die Operation aus, zumal da er aus solchen während der Gravidität ausgeführten Operationen noch keinen Schaden hat entstehen sehen. Denselben Standpunkt vertritt auch Hannes allerdings mit der Einschränkung, daß man zu den Zeiten während der Schwangerschaft, in denen normalerweise die Menstruation eingetreten wäre, operative Eingriffe im Munde verschieben soll, denn zu diesen Zeiten sei die Möglichkeit eines Abortes eher gegeben als zu anderen Terminen.

Nach den Angaben von Gurlt, Weber und Windmüller sind Zahnfleischfibrome eine Seltenheit im Verhältnis zu anderen Tumoren. Aus den Krankengeschichten des Breslauer zahnärztlichen Institutes kann ich aus den Jahren von 1893 bis 1921 34 Fälle von Zahnfleischfibromen zusammenstellen, von denen 27 das weibliche und 7 das männliche Geschlecht betrafen Die älteste Patientin war 62, die jüngste 16 Jahre. Von diesen Fällen war der Oberkiefer bevorzugter als der Unterkiefer. Diese Anhäufung von Zahnfleischfibromen in den letzten 30 Jahren läßt sich vielleicht dadurch erklären, daß nach der Ansicht von Kritz, in früherer Zeit große Verwirrung hinsichtlich der mikroskopischen Diagnose herrschte, andererseits möchte ich hinzufügen, daß in jenen Zeiten, 2. Hälfte des vorigen Jahrhunderts, als Gurlt, Weber und Windmüller ihre Statistiken zusammenstellten, noch nicht so viel künstliche Zähne getragen wurden, und daß damit die eine der äußeren Ursachen sich noch nicht geltend machen konnte.

Hundsfelder Stadtblatt, Hundsfeld bei Breslau.